

El Español Hizo Con frecuencia Preguntas

La siguiente es una lista de las preguntas más comunes con respecto a la revisión externa.

1. ¿Qué es la nueva ley de derechos del paciente para "managed care" (cuidado supervisado de salud)?

La sección 141 de las leyes de 2000 fue promulgada por el Gobernador Cellucci el 21 de julio de 2000. Esta ley creó la Oficina de Protección del Paciente dentro del Departamento de Salud Pública.

A partir del 1 de enero de 2001, los consumidores y demás individuos de Massachusetts que reciben cobertura de salud a través de una compañía aseguradora o un HMO (organización de mantenimiento de la salud) de Massachusetts, tienen derecho a nuevas protecciones que abarcan los procedimientos internos de resolución de quejas, los criterios de necesidad médica, la continuidad del cuidado y las revisiones externas independientes.

2. ¿Qué es una revisión externa?

La revisión externa establece un proceso de revisión independiente para aquellos individuos cubiertos por un plan de salud de Massachusetts a los que se les ha negado beneficios de seguro de salud por criterios de necesidad médica, siempre y cuando el servicio sea un beneficio cubierto por su contrato específico con el plan de salud. Profesionales médicos no asociados con su HMO o su asegurador de salud evalúan el mérito de su caso y emiten una determinación. Las resoluciones de las revisiones externas son obligatorias para su plan de salud.

3. ¿Cuándo puedo solicitar una revisión externa?

Usted primero debe solicitar la resolución de su queja siguiendo el procedimiento de conciliación interno de su plan de salud. Usted tiene 45 días a partir de la fecha en que recibe una determinación final adversa a través del proceso de conciliación interno de su plan, para solicitar una revisión externa. La solicitud de revisión externa debe enviarse a la Oficina de Protección del Paciente del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.

4. Mi plan ofrece varias instancias internas para la resolución de quejas. ¿Es necesario que reclame a una segunda instancia interna antes de solicitar una revisión externa?

No. A menos que usted acepte extender el plazo, su plan de salud debe proporcionarle una resolución por escrito con respecto a su queja dentro de los 30 días hábiles. El plazo de 45 días para presentar una solicitud de revisión externa empieza a contarse a partir de

la fecha en que usted recibe una determinación final adversa indicando que el servicio cubierto no era necesario desde un punto de vista médico.

5. ¿Tiene derecho mi plan de salud a dilatar el proceso interno de resolución de quejas?

No. Reiteramos, a menos que usted haya aceptado por escrito una extensión del plazo, su plan de salud tiene que tomar una determinación con respecto a su queja dentro de los 30 días de haber recibido toda la información necesaria. En la mayoría de los casos de emergencia inmediata o urgente las determinaciones deben tomarse dentro de cinco días o menos. También pueden ser aplicables ciertas provisiones para la revocación automática de decisiones en el caso de cierto equipo médico durable.

6. ¿Qué pasa si mi HMO (organización de mantenimiento de la salud) o seguro de salud no toma una determinación a tiempo con respecto a mi queja en el proceso de conciliación interno?

La determinación adversa se considera revocada y los servicios de cuidado de salud tienen que ser provistos. No es necesaria ninguna revisión externa.

7. ¿Cuesta algo una revisión externa?

Los primeros \$25.00 del costo de la revisión deben ser pagados por la persona inscrita en el plan al Departamento de Salud Pública en el caso de una revisión externa. Este costo puede ser cancelado en casos de dificultad financiera. El plan de salud paga el resto del costo de la revisión.

8. ¿Cuánto tiempo tarda una revisión externa?

Los agentes de la revisión externa tienen un plazo de 60 días para tomar una determinación. El período de 60 días empieza el día en que el agente de la revisión externa recibe la solicitud de revisión externa del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. La agencia de revisión puede extender en 15 días hábiles adicionales el plazo para tomar una decisión. En caso de amenaza seria e inmediata a la salud del asegurado, debe tomarse una decisión en un plazo de cinco días. Un caso es considerado de emergencia a los efectos de una revisión rápida, si su médico declara que una demora en la provisión de tratamiento representaría una amenaza inminente o seria a su salud.

9. ¿Quién conduce la revisión externa?

Las agencias de revisión externa son contratadas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts y son asignadas por métodos aleatorios o azarosos para conducir las revisiones externas. Las revisiones externas son realizadas por médicos independientes con experiencia o por otros profesionales de cuidado de salud que habitualmente atienden las condiciones de salud bajo revisión.

10. ¿Tiene que acatar la decisión mi plan de salud?

Sí. Las decisiones de una revisión externa son obligatorias. Por favor llame a la línea telefónica directa del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (1-800-436-7757) si su HMO o asegurador no está cumpliendo con la decisión de una revisión externa.

11. ¿Cómo puedo obtener una copia de la solicitud de revisión externa?

Su plan de salud debe proporcionarle información sobre los procedimientos para pedir una revisión externa siempre que le emita una determinación final adversa basada en razones de necesidad médica. Usted puede pedir una copia de la solicitud de revisión externa llamando al Departamento de Salud Pública al 1-800-436-7757. También pueden obtenerse copias del formulario en el sitio web del Departamento de Salud Pública: <http://www.state.ma.us/dph/bhqm>.

12. Si tengo seguro de salud a través de mi empleador, que está auto-asegurado, ¿tengo derecho a una revisión externa?

No. Usted no es elegible para este proceso de revisión externa si usted es miembro de un plan auto-asegurado. Bajo un plan auto-asegurado, es el empleador, y no el asegurador o el HMO, quien asume los riesgos del programa de seguro de salud de la empresa. Si usted no está seguro si su plan es un plan auto-asegurado, verifique con su empleador.

13. Si mi cobertura es a través de Medicare o Medicaid (MassHealth), pero no tengo ninguna cobertura adicional, ¿tengo derecho a una revisión externa?

Usted no tiene derecho a este proceso de revisión externa si su única cobertura de servicios de salud es a través de Medicare o Medicaid (MassHealth). Si usted tiene cobertura a través de Medicare, debe presentar una queja al gobierno federal por denegación de servicios. Si usted tiene cobertura a través Medicaid (MassHealth), debe comunicarse con el Departamento de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance) para obtener información acerca del proceso de audiencia.

14. ¿Qué pasa si tengo preguntas sobre la revisión externa?

Llame a la línea telefónica directa de la Oficina de Protección del Paciente: 1-800-436-7757. El personal está disponible de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. para contestar sus preguntas sobre la revisión externa. En caso de una emergencia después de horas, le dirán cómo comunicarse con la Oficina para obtener asistencia.

15. ¿Dónde puedo conseguir una copia de la ley y de las regulaciones relacionadas con la revisión externa?

[Haga clic aquí para la Adopción/Regulación.](#)

[Haga clic aquí para ver o imprimir la ley.](#)